FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946

THESE N° 107

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean LUCIANI

Né le 25 Juin 1903, à Corte (Corse).

Présentée et soutenue publiquement le 9 Mars 1946

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ILÉUS ALIMENTAIRE

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS RÉCENTES

Président : M. BENARD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1946 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jean LUCIANI

Né le 25 Juin 1903, à Corte (Corse).

Présentée et soutenue publiquement le 9 Mars 1946

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ILÉUS ALIMENTAIRE

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS RÉCENTES

Président : M. BENARD, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles)
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES TRES REGRETTES PARENTS

En témoignage de toute mon affection.

A MA FEMME

Pour son aide constante, en témoignage de ma tendresse.

A MON FILS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI BENARD

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

INTRODUCTION

Rarement observé en France jusqu'à ces dernières années, l'ileus alimentaire, ou occlusion due à un obstacle ingéré avec la nourriture, a fait l'objet tout récemment de plusieurs communications. Il s'agissait de noyaux de cerise, de pépins de raisin, de morceaux de viande mal mastiqués et gloutonnement avalés. Dans la plupart des cas, on trouve un facteur favorisant, brides inflammatoires dues à une intervention antérieure, sujet édenté, ou psychopathe mastiquant mal. La recrudescence actuelle des iléus alimentaires paraît cependant aussi en relation avec les restrictions, qui incitent à ingérer de grandes quantités d'aliments lorsque ceux-ci sont disponibles : fruits, légumes.

Etant donné la rareté de telles observations en France avant 1940, il nous a paru intéressant de rechercher dans la littérature médicale mondiale de ces trente-cinq dernières années, les observations d'iléus alimentaire, d'en relever chaque fois les conditions étiologiques, l'âge et le sexe du sujet, les aliments responsables, les facteurs prédisposants, le traitement appliqué et ses résultats. Nous avons ainsi pu réniur une centaine d'observations, à la lumière desquelles il nous sera possible d'établir une statistique d'ensemble sur la question qui nous occupe.

Nous nous proposons donc dans un premier chapitre d'exposer succinctement les observations que nous avons pu recueillir. Nous étudierons ensuite les facteurs étio-

logiques que l'on rencontre dans ces observations. Puis nous en verrons la pathogénie, et les conditions prédisposantes que l'on y trouve le plus fréquemment. Enfin nous préciserons le siège de l'iléus, et l'intervention ou les manœuvres qui lui ont été opposées. Nous verrons que dans l'ensemble, ces accidents sont relativement bénins, et que la mortalité opératoire est assez réduite.

*
**

Sans nous exagérer la portée de notre modeste travail, nous croyons cependant faire œuvre utile en réunissant en une étude d'ensemble des données éparses dans la littérature, et qui, confrontées, permettent de préciser le tableau clinique, étiologique, pathogénique, anatomo-pathologique et thérapeutique de l'iléus alimentaire.

OBSERVATIONS

I. — Eichhorst.

1. — Une femme de quarante-sept ans, présente une obstruction iléo-caecale provoquée par neuf cent neuf noyaux de cerise. Colostomie, mort.

2. — Un homme de quarante-neuf ans, a une occlusion rectale provoquée par mille dix noyaux de cerise. Guérison après extraction manuelle de l'obstacle.

⁂

II. — Marquis.

Un homme fait une occlusion iléale par des noyaux de cerise. Comme facteur prédisposant on trouve une sténose intestinale. Guérison par entéro-anastomose.

⁂

III. — Kaposi.

Le malade fait une occlusion au niveau de l'angle colique. A l'intervention trouve un obstacle constitué par des écailles de poisson. Comme facteur prédisposant, il existe un cancer de l'angle colique. Guérison par résection.

⁂

IV. — Sil.

1. — Une femme de quarante-et-un ans, présente une occlusion iléale à la suite de l'ingestion de pommes. Le siège de l'obstacle est iléal. Une entéro-anastomose amène la guérison.

2. — Un homme de soixante-six ans, fait après l'ingestion de prunes une occlusion jéjunale ; guérison par résection.

3. — Un homme de cinquante-neuf ans, présente à la suite de l'ingestion de champignons une occlusion iléale. Résection d'une anse contenant un paquet de fibres végétales, mort.

⁂

V. — Fink.

Dans trois cas, les malades avaient ingéré de grandes quantités de flocons d'avoine, dans le quatrième cas une soupe de son. Le siège de l'occlusion a chaque fois été l'iléon. Les deux premiers malades ont succombé à une iléostomie ; le troisième après une simple laparotomie exploratrice. Le quatrième s'est rétabli après laparotomie.

⁂

VI. — Penkert.

1. — Un petit garçon de huit ans présente une occlusion colique due vraisemblablement à l'ingestion répétée de graines de coquelicot. Des lavements amènent la guérison.

2. — Un homme de trente-neuf ans, ingérant de grandes quantités de pois, fèves et haricots, fait un iléus alimentaire au niveau de l'iléon. Mort malgré une caecostomie.

⁂

VII. — Walther.

Dans les trois observations de Walther, il s'agissait d'hommes de vingt-deux, quarante-deux et vingt-six ans, avec occlusion à siège iléal et due à l'ingestion de grandes quantités de « pain de guerre », riche en cellulose. Des lavements ont chaque fois rétabli le transit.

⁂

VIII. — Ducastel et Dournay.

Observation française datant de 1919 et concernant une obstruction intestinale par un bol fécal composé de débris osseux conglomérés.

⁂

IX. — Scheele.

1. — Un homme de quarante ans a ingéré de grandes quantités de pêches. Le siège de l'occlusion est iéale. Une entérotomie amène la guérison.

2. — Même observation, mais concernant un homme de trente-deux ans.

⁂

X. — De Quervain.

Il s'agit d'une occlusion du grêle par un bol constitué par des haricots verts et des fibres végétales.

⁂

XI. — Willmoth.

1. — Un homme de cinquante ans présente une occlusion (non

localisée) à la suite de l'ingestion massive de pommes de terre. Guérison par lavements.

2. — Un homme de vingt ans fait des phénomènes occlusifs à la suite d'un repas copieux de raisin : guérison par lavements.

3. — Une petite fille de treize ans ayant ingéré de grandes quantités de raisin présente un syndrome d'occlusion qui cède aux lavements.

4. — Une jeune femme de vingt-deux ans, après un repas de maïs présente une occlusion non localisée, guérie par des lavements.

⁂

XII. — Ramadier.

Il s'agissait d'une occlusion aiguë du grêle provoquée par l'amas de peaux de raisin. La malade avait été auparavant opérée de l'appendicite et on peut penser qu'une réaction inflammatoire, sténose ou brides, avait favorisé les phénomènes occlusifs.

⁂

XIII. — Trughall.

Une femme de soixante-sept ans présente une occlusion de siège iléal survenue à la suite de l'ingestion de poires. Il s'agissait d'une édentée, dont la mastication était par conséquent défectueuse. Une entérotomie permit la guérison.

⁂

XIV. — Hertz.

Un homme de cinquante-trois ans présente une occlusion grêle, iléale, à la suite de l'ingestion de figues. Guérison par entérotomie.

⁂

XV. — Goebel.

Un homme de quarante-quatre ans fait un syndrome occlusif au niveau du rectum. Guérison après enlèvement manuel de trois cent dix noyaux de cerise.

⁂

XVI. — Hazelhorst.

1. — Une femme de soixante-trois ans présente un syndrome d'occlusion ; on trouve au niveau de l'iléon une figue entière ; entérostomie, qui n'empêche pas la mort.

2. — Un homme dont l'âge n'est pas précisé, après ingestion de grandes quantités de fruits, fait une occlusion à siège iléal. Guérison après entérostomie.

⁂

XVII. — Griffith.

Un homme de quarante-quatre ans est vu en occlusion aiguë au niveau d'un diverticule de Meckel à la suite de l'ingestion d'oranges. La mort survient avant l'intervention.

⁂

XVIII. — Wardill.

Un homme de soixante-six ans est opéré d'urgence pour un syndrome occlusif survenu à la suite de l'ingestion de grandes quantités de pommes de terre. Entérotomie, dont on ne donne pas le résultat.

⁂

XIX. — Riese.

Riese rapporte trois observations concernant des occlusions de siège iléal, dues les deux premières à des fibres de champignons, la troisième à l'ingestion de grandes quantités de pêches. L'iléostomie a, dans les trois cas, amené la guérison.

⁂

XX. — Metger.

Une femme de cinquante-sept ans, après ingestion de grandes quantités de pommes de terre, fait un syndrome occlusif rapidement mortel malgré l'entérotomie.

⁂

XXI. — Duhrsen.

Un homme de cinquante-et-un ans présente un tableau d'occlusion iléale due à l'amas de fibres de champignons. Guérison par entérotomie.

⁂

XXII. — Chalmers.

Un homme de soixante-sept ans fait un syndrome occlusif à la suite de l'ingestion de figues. La guérison est obtenue par l'entérotomie et l'extraction de la masse. Il s'agissait d'un édenté ayant déjà fait, sept ans auparavant, une occlusion intestinale.

⁂

XXIII. — Leusden.

Un homme de soixante-cinq ans est laparotomisé pour un syndrome occlusif dû à l'ingestion de peaux et graines de groseilles. Mort.

⁂

XXIV. — Buttle, Barker, Boswell et Drewett.

1. — Une femme de quarante-deux ans est vue en occlusion aiguë à la suite de l'ingestion d'une soupe de son. L'obstacle siège au niveau de l'angle sigmoïde. La guérison est obtenue après colostomie. Cette femme était porteuse d'un ulcère peptique amibien.

2. — La seconde malade, trente ans, guérit après des lavements.

⁂

XXV. — Brunzel.

1. — Un homme de quarante ans présente un syndrome occlusif à la suite d'un repas copieux de poires. L'obstacle est iléal. Malgré une entérotomie, le malade succombe.

2. — Un homme de cinquante ans, après une ingestion excessive de concombres, présente un obstacle de siège iléal, évacué par lavements.

3. — Un homme de soixante-huit ans, en occlusion après une ingestion de concombres, guérit par simple laparotomie.

⁂

XXVI. — Alexander.

1. — Un homme de quarante ans présente une occlusion de siège iléal à la suite d'un repas de figues. Guérison après entérotomie. Il s'agissait d'un édenté.

2. — Un homme de soixante-deux ans fait un syndrome occlusif de siège duodéno-jéjunal à la suite de l'ingestion de raisin. Mort après une entérotomie. Deux ans auparavant, le malade avait été prostatectomisé.

⁂

XXVII. — Krecke.

Une femme de quarante-six ans est hospitalisée en occlusion iléale, l'obstacle étant constitué par des fibres de champignon. Après une simple laparotomie exploratrice, la guérison est obtenue. Cinq ans auparavant, cette femme avait subi une entéro-anastomose pour sténose du grêle.

⁂

XXVIII. — Krauss.

Une jeune fille de seize ans présente une occlusion du grêle, à la suite de l'ingestion de champignons. Guérison après résection d'une anse iléale.

⁂

XXIX. — Seifert.

Une femme de quarante-neuf ans présente une occlusion de siège iléal à la suite d'un repas copieux de choucroute. Guérison après entérotomie. Cette malade avait subi un Billroth cinq ans auparavant.

⁂

XXX. — Kruckenberg.

1. — Une femme dont l'âge n'est pas spécifié fait une occlusion iléale à la suite de l'ingestion de champignons. Entérotomie. Cette malade avait été antérieurement traitée pour sténose du grêle.

2. — L'autre malade de Kruckenberg était une femme chez qui une masse de fibres de champignons au niveau du côlon transverse avait déterminé un syndrome occlusif. Colostomie. Cette malade était porteuse d'un cancer du côlon.

⁂

XXXI. — BAR.

Un homme de trente-six ans fait à la suite de l'ingestion de champignons une occlusion iléale. Incisure, mort. Cet homme avait été opéré récemment pour ectopie testiculaire.

⁂

XXXII. — HEER.

Un homme de quarante-cinq ans présente une occlusion iléale à la suite de l'ingestion de figues. Guérison après entérotomie. Le malade avait subi une appendicectomie deux ans auparavant.

⁂

XXXIII. — DAVIS.

Une femme de cinquante ans présente une occlusion à la suite de l'ingestion « d'une soupe de son ». Guérison après entérostomie. La malade avait subi auparavant deux interventions abdominales.

⁂

XXXIV. — ELLIOT.

Un homme de trente-six ans est vu en occlusion de siège iléale par amas de fibres et pépins d'orange. Mort après une laparotomie.

⁂

XXXV. — CALEVEART.

1 et 2. — CALEVEART rapporte deux observations identiques, concernant des hommes en occlusion après ingestion de sauterelles. Dans les deux cas on pratique une entérotomie, qui n'évite pas la mort.

⁂

XXXVI. — Block.

Une femme de cinquante-sept ans présente une occlusion à la suite d'ingestion d'oranges. Le siège de l'obstacle est iléal. Mort malgré une entérostomie. Il s'agissait d'une édentée.

⁂

XXXVII. — Wright.

Wright rapporte un cas d'occlusion iléale à la suite de l'ingestion d'une « soupe au son «. Laparotomie. Il existait au niveau d'une anse grêle une sténose annulaire de caractère bénin.

⁂

XXXVIII. — Rohrhirsch.

1. — Une petite fille de cinq ans fait un syndrome occlusif à la suite de l'ingestion de grandes quantités de raisin. L'obstacle qui siège au niveau du rectum peut être retiré manuellement. Guérison.

2. — Un enfant de cinq ans présente une obstruction rectale due à l'amas de peaux et pépins de raison. Expression manuelle, guérison.

⁂

XXXIX. — Moritsch.

Une petite fille de huit ans, après ingestion de grandes quantités de poires sèches, présente une occlusion de siège rectal. Expression manuelle, guérison.

⁂

XL. — Hugel.

Hugel rapporte une observation d'occlusion iléale à la suite de l'ingestion de raisin. Guérison après résection de l'anse, siège de l'obstacle. Dans l'anamnèse, on relève une appendicectomie.

⁂

XLI. — Frank.

Une femme de cinquante-sept ans fait un syndrome occlusif de siège iléal à la suite de l'ingestion d'oranges. Guérison après entérotomie. Il s'agissait d'une femme édentée.

⁂

XLII. — Exchaquet.

Une petite fille de onze ans est vue en occlusion à la suite de l'ingestion de raisin. Traitement conservateur, guérison.

⁂

XLIII. — Bottin.

Il s'agit d'une occlusion intestinale survenue à la suite de l'ingestion de pommes.

⁂

XLIV. — Millbaum.

1. — Une femme de trente-neuf ans est vue en occlusion iléale à la suite de l'ingestion de gros morceaux de pomme. Guérison après entérotomie.

2. — Une femme de cinquante-deux ans fait un iléus alimentaire par fragment de pêche. Guérison après entérotomie. Il existait un pyosalpinx.

3. — Un homme de soixante-seize ans présente un tableau d'occlusion iléale due à un fragment d'abricot. Laparotomie, mort. Il s'agissait d'un édenté.

4. — Une femme de soixante-quatre ans est en occlusion après ingestion de grandes quantités de fruits séchés. Mort après une laparotomie exploratrice.

5. — La cinquième observation concerne une occlusion iléale par fruits séchés. Il existait des adhérences et un diverticule de Meckel.

***

XLV. — Hargrave.

Ces auteurs rapportent deux observations d'occlusion intestinale par phytobezoar.

***

XLVI. — Caylor et Nickel.

Observation chez un même individu de deux épisodes occlusifs par bol alimentaire.

***

XLVII. — Beukert.

Une femme de cinquante-six ans est vue en occlusion au niveau du rectum. L'obstacle est dû à un amas de peaux et grains de groseille. Guérison après expression manuelle.

***

XLVIII. — Linton.

Linton rapporte une observation d'occlusion à la suite de l'ingestion de pommes séchées.

⁂

XLIX. — Leisinger.

1. — Un homme de cinquante-quatre ans ingère de grandes quantités de poires sèches, dont on devait retrouver des morceaux du volume d'un œuf de poule. Une occlusion jéjunale est traitée avec succès par la résection. Il s'agissait d'un édenté.

2. — Un homme de trente-six ans absorbe des oranges dont on retrouva des fragments non digérés au niveau de l'iléon. La résection amène la guérison. Il existait des adhérences opératoires par intervention antérieure.

⁂

L. — Harless.

Harless rapporte un cas d'occlusion intestinale provoquée par des pêches séchées.

⁂

LI. — Canton.

Canton rapporte un cas d'occlusion intestinale provoquée par l'ingestion d'oranges, avec sphacèle au niveau de l'obstacle.

⁂

LII. — Andrews et Walker.

Encore un cas d'occlusion intestinale par ingestion de pêches séchées.

⁂

LIII. — Goni, Moreno.

Moreno rapporte un cas de volvulus du grêle avec occlusion dû à des morceaux de viande non mastiqués.

⁂

LIV. — Alsen.

Alsen rapporte une observation d'occlusion à la suite d'ingestion de fruits secs.

⁂

LV. — Owings.

Une femme de cinquante-huit ans, ayant absorbé de grandes quantités d'oranges, présente un syndrome occlusif traité avec succès par l'entérotomie. Il existait une hernie abdominale et dans les anamnétiques une appendicectomie.

⁂

LVI. — Rabinowitz.

Rabinowitch rapporte plusieurs observations d'iléus occlusifs chez les enfants à la suite de l'ingestion de peaux et de grains de fruits.

⁂

LVII. — Laesel.

1. — Un homme de cinquante-six ans présente à la suite de l'ingestion de haricots un iléus traité avec succès par une entérotomie.

2. — Un homme de soixante-et-un ans présente après ingestion

de fruits secs une occlusion au niveau du caecum. Laparotomie, mort.

⁂

LVIII. — Alvarez.

Une femme de cinquante ans a été hystérectomisée dix ans auparavant. Depuis, elle ne peut manger copieusement sans avoir un syndrome occlusif, qui est surmonté par le jeûne. Un médecin lui conseille de prendre du son comme laxatif, sans tenir compte que sa constipation est probablement due à un régime très restrictif. Après absorption de son, survient un tableau d'occlusion persistante. On intervient d'urgence et on trouve une anse iléale adhérant au moignon utérin. Résection de ce segment intestinal, dont la lumière est entièrement obstruée de son.

⁂

LIX. — Ackmann.

Un petit garçon de sept ans avale les peaux et les noyaux de cerises. Une occlusion iléale est traitée avec succès par une entérotomie.

⁂

LX. — Rambo, Lasky, Iden.

Ces auteurs rapportent une observation dont nous n'avons pas le détail, et qui concerne une occlusion intestinale après ingestion d'œufs de tortue.

⁂

LXI. — Postel.

Il s'agissait d'un iléus dû à un fragment de poire séchée non digéré.

⁂

LXII. — Desjacques et Bondet.

Les auteurs lyonnais rapportent l'observation d'une occlusion aiguë du grêle par une figue.

⁂

LXIII. — Sénèque et Roux.

1. — Ces auteurs ont opéré pour un syndrome occlusif un homme de quarante-ans chez qui on trouve des images d'aérocolie et de nombreux niveaux liquides. Le grêle est uniformément dilaté, mais une zone de 15 cm. est contractée ; en aval de cette zone, l'intestin est de calibre normal, mais, sur 30 à 40 cm., de consistance pâteuse. Le spasme cède partiellement. L'aspiration n'a aucun effet, l'occlusion étant due à une masse de fèves presqu'intactes. On pratique une iléostomie, on place une sonde d'iléostomie et on fait une aspiration duodénale. Cependant l'occlusion persiste, et le malade succombe malgré une anastomose entre une anse grêle dilatée, voisine de l'iléostomie et le tranverse qui est également dilaté.

2. — Chez une jeune fille de dix-huit ans, porteuse d'une hernie inguinale jusqu'ici réductible, on intervient pour hernie étranglée. Le sac herniaire contient une anse grenue qui fait poser le diagostic d'ascaridiose. Il s'agit en réalité d'un amas de peaux et pépins de raisin. On fait une entérostomie large suivie d'une suture sur deux plans ; réintégration de l'anse et cure radicale de la hernie, guérison.

⁂

LXIV. — Barbier.

1. — Chez une femme de soixante-quinze ans, opérée pour kyste de l'ovaire trente ans auaparavant, Barbier observe une occlusion aiguë et trouve une masse de haricots verts non mastiqués

dans une anse grêle en amont d'une coudure fixée et perforée. On résèque tout le segment occlus. Une nouvelle intempérance alimentaire provoque cette fois une fistule intestinale et la mort par dénutrition.

2. — Quinze jours après une gastrectomie pour ulcère de la petite courbure, une réintervention est imposée par les douleurs abdominales, les vomissements et la dilatation de l'anse afférente. Il existe une oblitération due à des feuilles d'endives amarrées au niveau de la bouche gastro-jéjunale. L'ablation du corps étranger amène la guérison.

***

LXV. — Mouchet.

1. — Une occlusion intestinale s'accompagne de météorisme important et d'aérocoloie considérable. L'entérotomie permet d'extraire une masse fibreuse, cellulosique ; suture et guérison. La malade se nourrissait exclusivement de carottes depuis plusieurs jours.

2. — Le second cas d'occlusion intestinale ne comportait qu'un météorisme discret. L'extraction d'un magma fibreux a été suivie de guérison. Le malade avait fait un copieux repas de haricots verts.

***

LXVI. — Debeyre et Leroy.

1. — Une occlusion du grêle a été provoquée par une masse de peaux et de pépins de raisin arrêtée au niveau d'une anastomose termino-terminale non sténosée pratiquée quelques années auparavant pour hernie étranglée. On refoule la masse dans le caecum ; guérison.

2. — Dans le second cas, l'occlusion a été provoquée par une masse de noyaux de prune. La guérison a été obtenue par l'extériorisation temporaire du côlon pelvien.

⁂

LXVII. — Mondor.

1. — Un homme de cinquante-sept cas est hospitalisé d'urgence pour une hernie inguinale droite étranglée depuis cinq heures. Léger pratique une laparotomie qui montre une hernie inguinale directe, une anse grêle y paraît étranglée. La kélotomie permet l'exploration complète de l'intestin : l'anse contient de multiples corps ligneux que l'entérotomie certifie comme une vingtaine de noyaux de cerise. Les anses grêles sus et sous-jacentes sont également remplies de ces corps étrangers dont on ne peut enlever la totalité. Suture en deux plans, réintégration de l'étranglement, cure radicale, guérison. Il s'agissait en réalité de pois chiches mal cuits et avalés avec gloutonnerie, peu mastiqués, ou non attaqués par les sucs digestifs.

2. — Une autre occlusion était due à l'ingestion d'une botte d'asperges mangées de bout en bout, avec obturation intestinale dans un sac herniaire.

3. — Un iléus alimentaire était dû à une accumulation énorme de pépins de raisin en amont d'un cancer du côlon transverse; l'amas de corps étrangers remontait jusqu'à la valvule iléo-caecale, ce qui avait empêché le fonctionnement de l'anus caecal dont le malade était porteur depuis plusieurs mois.

4. — Enfin le dernier cas concerne un iléus alimentaire paralytique avec dilatation gastro-duodéno-jéjuno-iléale aiguë. L'intestin ne paraissait nulle part être obturé par une masse fixe. Cependant un amas considérable et épars de haricots blancs non digérés était responsable du météorisme et du collapsus qui a rapidement emporté le malade. Une ingestion vorace et rapide s'est compliquée d'une manière d'asystolie gastro-intestinale. De la valvule iléo-caecale au cardia, le tube digestif était passivement dilaté, comme s'il existait à la fois une dilatation gastro-duodénale et une dilatation jéjuno-iléale aiguës. Mais à la limite sur l'iléon de cette distension, n'existaient ni corps étrangers, ni amas alimentaire fixé.

⁂

LXVIII. — Mocquot.

Un homme de vingt-cinq ans est hospitalisé pour occlusion intestinale ayant débuté la veille par des douleurs et des vomissements. Après une rémission, l'état douloureux persiste, avec ballonnement médian inférieur et quelques ondulations péristaltiques. Sonorité à timbre aigu presque mat. Le pouls est à 96. On intervient sous anesthésie rachidienne : des adhérences intestinales diffuses empêchent toute libération. La ponction d'une anse distendue ne ramène rien. Un mélange de mucus et de fibres végétales paraît la cause de l'occlusion. Un drainage de l'intestin rétablit la circulation, et la fistule se ferme en quelques jours. Mais huit mois plus tard survient une crise occlusive identiques. Des anses grêles adhèrent à la paroi. Une incision au niveau d'une anse dilatée donne issue à un jet de matières où dominent les lentilles non digérées. Drainage, guérison.

⁂

LXIX. — Moulonguet.

1. — Une observation montre que dans les iléus alimentaires l'aéro-colie est inconstante. Chez une femme de quatre-vingt-six ans, des douleurs débutent brusquement, et quarante-huit heures plus tard, commencent les vomissements et l'arrêt des gaz. On trouve des ondulations péristaltiques, mais pas de ballonnement. Les clichés ne portent aucune clarté. Lavage d'estomac fécaloïde. A l'opération, le grêle, légèrement distendu, est rouge mais ne contient pas de gaz. Au niveau de l'iléon terminal, siège une masse ferme facile à dissocier, qu'on refoule vers le côlon. Le segment sous-jacent à l'obstacle est normal, ainsi que le mésentère. Guérison.

2. — Une seconde intervention pose le problème d'un trouble vasculaire ou nerveux moteur de l'intestin. Une femme de soixante-huit ans est prise de douleurs et vomissements à la suite de l'ingestion de glaces et de raisin. Deux jours plus tard, une contraction pariétale fait penser à l'appendicite. Devant des antécédents

de coliques hépatiques, on pense à un iléus biliaire. Pas d'aéro-iléie. Malgré le passage des gaz et matières, l'état général décline et un cliché au huitième jour montre des anses grêles distendues. On intervient et on trouve à la fin du segment jéjunal des pépins de raisin non agglomérés. On aspire le contenu de l'anse très distendue. Hyperthermie, subcoma et mort. Observation qui peut aussi bien relever d'un trouble vasculaire ou nerveux que d'un iléus alimentaire.

***

LXX. — Henri-Petit.

L'auteur opère une femme de cinquante ans avec hernie ombilicale étranglée depuis plusieurs jours. Suites simples, malgré une fistule stercorale. Quinze jours plus tard, la malade est en pleine occlusion, avec vomissements fécaloïdes et état général alarmant. Sortie de l'hôpital, cette femme, obèse, a mangé gloutonnement, en particulier, de gros morciaux de viande. La réouverture spontanée de la fistule stercorale fait cesser les vomissements. Le sérum salé hypertonique intra-veineux, la prostigmine, les lavements hypertoniques, amènent une débâcle abondante avec gros bouchons de matières fécales. On peut penser qu'une nécrose limitée de l'anse étranglée avait provoqué la fistule stercorale, dont la guérison avait amené une coudure ou une sténose du grêle : à ce niveau les gros morceaux de viande étaient venus se coïncer en provoquant une occlusion alimentaire.

***

LXXI. — Delannoy et Charvet.

1. — Dans un cas, un fragment végétal est venu oblitérer un rétrécissement tuberculeux. Guérison par la résection.

2. — Dans un second cas, des pépins de raisin avaient obstrué la fin du grêle. La guérison a été obtenue par expression et refoulement dans le caecum.

FACTEURS ETIOLOGIQUES

Nous avons donc pu rassembler quatre-vingt dix-huit observations de 1910 à 1945. Elles vont nous permettre d'envisager quelques points étiologiques.

Le sexe ne paraît pas intervenir dans la production des iléus alimentaires. Sur les soixante-quatorze observations où celui-ci était spécifié, nous trouvons trente-et-une femmes et quarante-trois hommes.

L'âge semble, par contre, plus intéressant. Plusieurs cas concernaient des enfants, deux de cinq ans, un de sept ans, deux de huit ans, un de onze ans et un de treize ans, enfin une jeune fille de seize ans. Sur soixante-sept malades pour lesquels l'âge était spécifié, trente-et-un, soit près de la moitié, avaient plus de cinquante ans. On trouve une assez grande proportion de vieillards, soixante-cinq, soixante-sept, soixante-quinze et même quatre-vingt-six ans. Enfin, l'iléus rencontre chez les sujets âgés des facteurs favorisants, puisque l'iléus paralytique du vieillard est un fait souvent constaté. Il n'est donc pas surprenant qu'un obstacle alimentaire ait plus de chances de déclencher chez eux un syndrome occlusif. De plus, nous allons le voir, un certain nombre de malades étaient des édentés. Enfin, le passé chirurgical du malade est également de grosse importance étiologique. Chez un sujet âgé, les chances d'avoir subi une intervention antérieure sont naturellement accrues.

⁂

Enfin les *aliments* responsables de l'iléus ont été très divers. Il existe cependant une grande fréquence de fruits séchés, poires, pommes, figues sèches. On signale également un certain nombre d'accidents occlusifs à la suite de l'ingestion de groseilles et surtout de raisin, dont les peaux et les graines ou pépins s'accumulent en un point de l'intestin. Des champignons ont été responsables des iléus dans un certain nombre de cas. Des haricots verts, avec leurs fibres, des pommes de terre ingérées en grande quantité, des cerises avalées avec leurs noyaux, des oranges et leurs pépins, de la choucroute, des morceaux de viande mal mastiqués, des céréales, du son, enfin du pain de guerre (observation allemande de 1919), tels sont les principaux éléments du bol alimentaire responsable de l'occlusion.

Mais le nombre des iléus alimentaires reste néanmoins infime en regard des repas copieux effectués. Il y a donc lieu d'envisager un certain nombre de facteurs prédisposants, que nous nous proposons d'étudier dans les pages qui suivent.

PATHOGENIE

Dans un certain nombre d'iléus alimentaires, on trouve des facteurs prédisposants qu'il est intéressant de relever. Il s'agit essentiellement :

— d'une mauvaise mastication chez des sujets édentés;

— de la présence d'une lésion digestive;

— d'interventions abdominales dans les anamnétiques.

***

EDENTÉS.

Sur quatre-vingt dix-huit observations, nous trouvons sept fois la mention édenté. Il est bien évident qu'une mauvaise mastication, en faisant parvenir dans les voies digestives des fragments plus ou moins importants d'aliments, une figue entière, une demi-pomme, va favoriser l'accumulation dans une anse grêle d'un bol alimentaire amarré généralement à une coudure, et qui va bientôt se grossir des repas ultérieurs. Fait curieux, les aliments responsables de l'occlusion chez des édentés ne sont pas nécessairement durs ou fibreux. Si, chez un malade de LEISINGER, les accidents occlusifs avaient été dus à des poires séchées, dont une, en particulier, avait été retrouvée entière, du volume d'un œuf de poule, au niveau du jéjunum, et si chez le malade

de ALEXANDER, l'aliment responsable était une figue, par contre, chez les malades de FRANK et de BLOCK, le repas responsable était composé d'oranges. Mais les fibres et probablement les pépins, avaient pu, en s'accumulant, constituer un obstacle suffisant. Les édentés sont naturellement des sujets âgés, et les deux facteurs ont certainement agi conjointement : cinquante-sept ans, soixante-sept ans, etc... Cependant, le malade de ALEXANDER n'avait que quarante ans.

***

EXISTENCE D'UNE LÉSION DIGESTIVE ANTÉRIEURE.

Dans deux cas, il s'agissait d'occlusions récidivantes, et sans qu'une lésion ait été précisée, on peut penser qu'il existait une disposition pathologique méconnue ayant favorisé les accidents. Mais dans vingt-neuf cas sur quatre-vingt dix-huit, c'est-à-dire presqu'un tiers des cas, on trouve dans les anamnétiques récents ou anciens, une notion de lésion digestive ou d'intervention abdominale antérieure.

Dans cinq cas, les accidents se sont présentés sous forme d'un étranglement herniaire, dont un opéré quinze jours auparavant. On trouve, d'autre part, un cas d'occlusion récidivante, la seconde étant d'origine alimentaire. Chez un malade, il y avait eu quelque temps auparavant un iléus paralytique. Chez cinq malades, on trouve une sténose du grêle, tuberculeuse dans un cas, bénigne dans les quatre autres cas. Une entéro-anastomose avait eu lieu cinq ans auparavant, pour une sténose bénigne du grêle.

Chez un malade, existait un ulcère peptique d'origine amibienne. Un autre était porteur d'un anus artificiel pour cancer du côlon. Une autre observation mentionne un cancer de l'angle colique.

Dans l'ensemble de ces observations, il y a donc une pnoportion anormalement élevée de sujets à passé digestif grave, avec lésion encore présente au moment des accidents occlusifs.

Cette même proportion va se retrouver en ce qui concerne des interventions antérieures, abdominales ou pelviennes.

***

INTERVENTIONS ABDOMINALES ET PELVIENNES ANTÉRIEURES.

Dans vingt cas, c'est-à-dire dans près de 20 % des cas, on relève dans les anamnétiques une intervention abdominale ou pelvienne, toute récente, ou plus ou moins ancienne. Dans un cas, il s'agissait d'une gastrectomie pratiquée quinze jours auparavant; dans un autre, une intervention pour hernie étranglée, également deux semaines plus tôt. Dans d'autres cas, au contraire, l'opération est très ancienne, ablation d'un kyste de l'ovaire trente ans plus tôt; hystérectomie dix ans auparavant, prostatectomie deux ans auparavant, un Billroth cinq ans auparavant. Trois fois les sujets avaient été appendicectomisés. Une malade avait subi deux interventions abdominales. Un sujet avait été prostatectomisé. Dans un cas existaient des adhérences au niveau d'un diverticule de Meckel. Il y a donc lieu de penser qu'à la faveur d'une intervention antérieure, des réactions inflammatoires avec sténose et formation de bridse ont favorisé l'iléus alimentaire. La proportion des interventions gynécologiques, dont on connaît le rôle pathogénique dans les occlusions, est également remarquable. On relève entre autres un pyosalpinx, une hystérectomie, une ovariectomie pour kyste. Les accidents sont le plus souvent tardifs, de un à trente ans après l'intervention. Ces brides sont remarquablement

bien tolérées pendant des années. Puis, brusquement, à la faveur d'un repas copieux, d'un obstacle alimentaire lentement ou brusquement constitué, survient l'occlusion au siège de la sténose ou de la bride.

***

L'aéro-iléie est loin d'être constante. On a montré que les corps étrangers fermentescibles provoquent un météorisme énorme sans péristaltisme. Par contre, en présence d'un corps étranger unique, une figue, par exemple, le météorisme demeure discret, mais il existe du péristaltisme. Mais le même genre d'obstacle, aliment mal ou non digéré, peut on non provoquer du ballonnement. Il y a donc lieu de rechercher par l'examen clinique et radiologique l'existence ou l'absence de gaz en amont de l'obstacle.

D'autre part, MOULONGUET a attiré l'attention sur la possibilité de relations entre l'iléus alimentaire et un trouble vasculaire ou nerveux moteur de l'intestin. Ces relations semblent prouvées, d'une part, par la relative fréquence des iléus alimentaires chez le vieillard, d'autre part par la possibilité de la répétition des accidents chez un même sujet, probablement atteint de déséquilibre neuro-végétatif. A la faveur d'un repas copieux et occlusif, les accidents éclatent, alors qu'à l'intervention le col alimentaire est insuffisant pour provoquer l'occlusion; cependant, une anse est dilatée et inerte. Il peut donc y avoir de véritables iléus vaso-moteurs apparus à la faveur d'une occlusion alimentaire. Paralytique ou au moins atone, le segment intestinal ne se laisse pas franchir par un bol alimentaire important ou choquant. C'est dans cette catégorie de faits qu'il convient de ranger l'observation de MONDOR qui parle « d'iléus alimentaire paralytique » avec dilatation gastro-duodéno-jéjuno-iléale aiguë. Aucun obstacle amarré n'ob-

ture l'intestin. Cependant une grande quantité de haricots blancs non digérés, *épars,* a été rendue responsable du météorisme et du collapsus rapide qui l'a compliqué. L'auteur parle d'une asystolie gastro-intestinale compliquant un repas voracement ingéré.

*
**

La pathogénie de ces iléus alimentaires est donc complexe. A un facteur causal, repas important et traumatisant, s'ajoutent des conditions locales, anatomiques et probablement, plus encore, physiologiques, expliquant les perturbations du péristaltisme, plus responsables encore de l'occlusion que la masse purement physique de l'obstacle alimentaire.

ANATOMO-PATHOLOGIE
LE TRAITEMENT ET SES RESULTATS

La localisation la plus fréquente de l'obstacle est dans les iléus alimentaires, l'iléon. En effet, sur soixante-dix cas où le siège a été spécifié, nous trouvons cinquante-trois fois une localisation iléale : plus de 75 % des cas. Dans six cas, l'obstacle alimentaire siégeait au niveau du rectum, ce qui en a permis l'extraction manuelle. Trois fois le bol était amarré au niveau du jéjunum, trois fois au niveau du côlon, dont une fois dans le transverse. Enfin, on trouve une localisation au sigmoïde, une iléo-caecale, une caecale et une au niveau d'un diverticule de Meckel.

*
**

La gravité de ces iléus alimentaires est véritablement imprévisible. Sur soixante-quinze cas, nous dénombrons cinquante-six guérisons et dix-neuf décès, sans que l'âge, la localisation ou l'intervention aient paru intervenir dans le propnostic. MOUCHET estime la mortalité à 35 %. L'évolution est toujours rapide et impose l'intervention : entérotomie et extraction de l'obstacle, du corps étranger et résection si la lésion est étendue. SÉNÈQUE conseille l'entérotomie du grêle en amont de l'obstacle, suivie de son expression de bas en haut, puis enterroraphie à deux plans de suture. Si l'obstacle est bas situé, il peut y avoir indication pour une jéjunos-

tomie ou une anastomose iléo-transverse. L'aspiration duodénale post-opératoire est efficace.

*
**

Dans un cinquième des cas, l'entérotomie et l'extraction du bol alimentaire ont suffi à lever l'occlusion. Cependant, dans trois de ces cas, la mort n'en est pas moins survenue. Dans trois cas on a pratiqué une entérostomie, dans sept cas, une résection. Dix fois on s'est contenté d'une simple laparotomie, suivie de guérison dans la moitié des cas.

Dans un tiers des cas le traitement est demeuré conservateur, par expression manuelle en cas de localisation rectale, par simples lavements dans dix cas.

*
**

L'iléus alimentaire, même opéré à temps, reste donc une affection grave. Rançon des temps de disette, il va probablement se raréfier dans notre pays, au fur et à mesure que les conditions de vie redeviendront plus normales. Des mesures de prophylaxie sont cependant utiles, en particulier, éducation des masses, avertissement aux sujets prédisposés par une intervention ou des accidents occlusifs antérieurs, enfin, appareillage des édentés.

CONCLUSIONS

I. — Vraisemblablement attribuables aux restrictions alimentaires, d'assez nombreux cas d'iléus alimentaires survenus à la suite de l'ingestion gloutonne de grandes quantités de fruits, de légumes secs ou verts, ont été récemment signalés dans notre pays.

II. — Les masses de cellulose, les fibres végétales, les noyaux imprudemment avalés, constituent habituellement l'obstacle occlusif.

III. — Des facteurs étiologiques se retrouvent dans un grand nombre d'observations : sujets édentés, ou porteurs de lésions digestives; mais surtout, anciens opérés des régions abdominale et pelvienne, avec constitution ultérieure de sténoses et brides inflammatoires responsables des accidents occlusifs.

IV. — Le siège de l'occlusion est le plus souvent iléal. Mais il peut correspondre aux différents segments de l'intestin, y compris le rectum.

V. — La mortalité de ces iléus est de 30 à 35 %. L'intervention doit être précoce : entérotomie et extraction de la masse alimentaire en cas de lésion localisée, résection en cas de lésion étendue. Dans un certain nombre de cas, le traitement conservateur, lavements, extraction manuelle en cas de localisation rectale, a pu suffire à amener la guérison.

VI. — Avec l'amélioration des conditions alimentaires, diminuant les quantités de cellulose du régime,

et satisfaisant mieux l'appétit, on peut espérer voir diminuer ou même disparaître les iléus alimentaires. Mais certaines mesures de prophylaxie sont cependant souhaitables : éducation des masses sur la nécessité d'une bonne mastication, avertissement des sujets particulièrement menacés, porteurs de lésions digestives ou anciens opérés, appareillage des édentés.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
BENARD

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Ackmann. — (*Cand. Med. Assoc. Journ.*, XXI, p. 710, 1939).

Alexander. — (*Edinburgh Med. Journ.*, XXXI, 1929).

Alsen (P.). — (*Nord. Med. Tidskr.*, XVI, p. 1165-1'66, 23 juillet 1938).

Alvarez (W.-C.). — Cité par F3«5fi°.

Andrews (F.-L.), Walker (T.-F.). — Intestinal obstruction due to ingestion of dried peach. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, CIX, p. 431-432, 7 août 1937).

Bar. — (*Zentralbl. f. Chir.*, 1930, p. 1619).

Barbier. — (*Acad. Chir.*, 12 janvier 1944, p. 10).

Beukert. — (*Ars Medici*, III, 1936).

Block. — (*Am. Journ. Med. Sc.*, CLXXXV, p. '56, 1933).

Bottin (J.). — Un cas d'occlusion intestinale aiguë de cause rare. (*Ann. Soc. Méd. BChir. Liège*, 1935, p. 145-148).

Brunzel. — (*Deut. Ztschr. f. Chir.*, CXLV, 1928).

Buttle (E.-J.), Barker (H.-O.), Boswell (J.-R.), Drewett (T.-E.). — (*U. S. Veteran Bureau Med. Bull.*, janvier-décembre 1928).

Caleveart. — (*Presse Méd.*, 1933, p. 1977).

Canton (R.-V.). — (*Arch. Urug. Med.*, X, p. 509-513, avril 1937).

Caylor (H.-D.), Nickel (A.-C.). — Intestinal obstruction from food bolus; deux épisodes in same individual. (*Ann. of Surg.*, CIV, p. 151-154, juillet 1936).

Chalmers. — (*Brit. Med. Journ.*, 1927).

Cornell (N.-W.). — (*Annals of Surgery*, 1932, XCV, n° 6).

Davis (M.-B.). — (*Journ. Am. Med. Assoc.*, XCVII, p. 24, 1931).

Debeyre, Leroy. — Iléus alimentaire. (*Acad. Chir.*, 12 janvier 1944, p. 19).

Delanoy, Charvet. — Iléus alimentaire. (*Soc. Chir. Lille*, 8 décembre 1944).

Desjacques, Bondet. — Occlusion aiguë de l'intestin grêle par une figue. (*Lyon Méd.*, CLXIII, p. 708-709, 18 juin 1939).

Castel (J. du), Dournay (L.). — Obstruction intestinale par un bol fécal essentiellement composé de débris osseux conglomérés. (*Gaz. des Hôp.*, 1919, p. 425).

Duhrsen. — (*Zentralbl. Chir.*, I, p. 24, 1927).

Eichhorst. — (*Med. Klin.*, 1910, XL, p. 1559).

Elliot (A.-H.). — (*Am. Journ. Med. Sc.*, 1932, p. 85, CLXXXIV).

Exchaquet. — (*Rev. Méd. Suisse Romande*, 1935).

Fantus (B.), Kopstein (G.-G.). — Does bran produce intestinal obstruction ? (*Am. Journ. Dig. Dis.*, VII, p. 60-63, février 1940).

Fink (F.). — (*Zentralbl. f. Chir.*, XXXIV, p. 674-1919).

Frank. — (*Am. Journ. Med. Sc.*, CLXXXIX, 1935).

Goebel. — (*Zentralbl. f. Chir.*, 1925).

Goni Moreno (I.). — Acute segmentary volvulus of small intestine due to alimentary foreign body (unmasticated meat). (*Arch. Argent. Enferm. Ap. Dig.*, XIII, p. 282-293, février 1938).

Hargrave (R.-L. et R.). — Acute intestinal obstruction by persimmom phytobezoar; report of two cases. (*Ann. of Surg.*, CV, p. 295-297, février 1937).

Griffith (W.-R.). — (*Med. J. Austral.*, 1926, p. 556).

Hazelhorst. — (*Zentralbl. f. Chir.*, XXV, p. 1564, 1926).

HEER. — (*Schweiz. Med. Woch.*, 1931, p. 331).

HENRI-PETIT. — Un cas d'iléus alimentaire. (*Acad. Chir.*, 1er mars 1944, p. 88).

HERTZ. — (*Bull. Soc. Nat. Chir.*, 1925).

HUGEL. — (*Munch. Med. Woch.*, 1935, XLI, p. 1638).

KAPOSI. — (*Zentralbl. f. Chir.*, 1914, XVII, p. 717).

KRAUSS. — (*Zentralbl. f. Chir.*, 1929, p. 2904).

KRECKE. — (*Deutsch. Ztschr. f. Chir.*, CCXV, p. 1929).

KRUCKENBERG. — (*Zentralbl. f. Chir.*, 1930, p. 387).

LAESEL. — Cité par FANTUS.

LEISINGER (F.). — Obturations ileus durch Nahrungsmittel. (*Schweiz. Med. Woch.*, LXVII, p. 145-147, 13, février 1937).

LEUSDEN. — (*Med. Klin.*, 1928, XXIV).

LINTON (P.). — Danger d'iléus occlusif par l'ingestion de pommes séchées. (*Svenska Läk. Tidn.*, XXXIV, p. 1593-1595, 23 avril 1937).

MARQUIS. — (*Zentralbl. f. Chir.*, XV, p. 573, 1913).

METGE. — (*Zentralbl. f. Chir.*, 1927, p. 836).

MILLBOURN. — Obturationsileus verursacht durch Bakobst. (*Chirurg.*, VIII, p. 349-354, 1er mai 1936).

MOCQUOT (P.). — A propos de l'iléus alimentaire. (*Acad. de Chir.*, 19 janvier 1944, p. 13).

MONDOR (H.). — Sur l'iléus alimentaire. (*Acad. de Chir.*, 19 janvier 1944, p. 14).

MORITSCH. — (*Wien. Med. Woch.*, 1934).

MOUCHET. — Iléus alimentaire. (*Acad. de Chir.*, 12 janvier 1944, p. 9).

MOULONGUET (P.). — A propos de l'iléus alimentaire. (*Acad. de Chir.*, 19 janvier 1944, p. 14).

Owings (J.-C.). — Acute obstruction due to ingestion of oranges. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, CX, p. 365-366, 29 janvier 1938).

Penkert. — (*Munch. Med. Woch.*, LXVI, 1919).

Postel (H.-J.). — Iléus par fragment de poire séchée non digérée. (*Nederl. Tijdschr. Geneesk.*, LXXXIII, p. 1959-1960, 29 avril 1939).

Quervain (de). — Vermauerung des Dunndarms durch grüne Bohnen und Bohnenfasern. (*Schweiz. Med. Woch.*, 1920, I, p. 631).

Rabinowitz (E.). — Obstructive ileus children following ingestion of sedds and fruit shells. (*Harefuah*, XIV, p. 14, février 1938).

Ramadier (H.). — Occlusion aiguë de l'intestin grêle par peaux de raisin chez un ancien opéré d'appendicite. (*Bull. Mém. Soc. Anat. Paris*, XCI, p. 446, 1921).

Rambo (C.-M.), Lasky (L.), Iden (J.-F.). — Cause inhabituelle d'occlusion intestinale : œufs de tortue. (*Ohio State Med. Journ.*, XXXV, p. 261, mars 1939).

Riese. — (*Zentralbl. f. Chir.*, I, p. 24, 1927).

Rohrhirsch. — (*Munch. Med. Woch.*, XLIV, p. 1689, 1934).

Scheele. — (*Med. Klin.*, XLVI, p. 1179, 1920).

Seidmann (M.). — De l'occlusion intestinale par phytobezoars. (*Thèse de Paris*, 1938).

Seifert. — (*Deutschr. Z. Chir.*, 1930, p. 224).

Sénèque, Roux. — (*Acad. Chir.*, 12 janvier 1944, p. 10-11).

Sil. — (*Zentralbl. f. Chir.*, XXVIII, p. 503, 1915).

Trughall. — (*Acta Chir. Scand.*, LVII, 1924).

Vidgoff (I.-Y.). — (*Annals of Surgery*, XCV, 1932, n° 6).

Walther. — (*Deut. Ztschr. f. Chir.*, 1919).

Wardill. — (*Brit. Med. Journ.*, 1927, p. 56).

Willmoth. — (*Kentucky Med. Journ.*, XIX, 1921).

Wright (C.-B.). — (*Minn. Med.*, XVI, p. 73, 1933).

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S